

PRUEBAS PARA DETECTAR ANTICUERPOS DEL VIRUS VIH

YO ENTIENDO QUE:

- VIH se refiere al virus que produce Deficiencia Inmunológica en Humanos.
- VIH es el virus que produce el SIDA (Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida)
- La presencia de anticuerpos VIH en la sangre o en el fluido oral de una persona, significa que esa persona está infectada con el virus VIH.
- La prueba líquida serológica/oral rápida del VIH no puede ser 100% correcta, y puede requerir más pruebas.
- Puedo hacer preguntas si necesito más información.
- He tomado una decisión voluntaria para que realicen pruebas de anticuerpos del VIH.

RESULTADO DE LA PRUEBA DE ANTICUERPOS HIV

YO ENTIENDO QUE:

- Debo estar presente para recibir los resultados de las pruebas de anticuerpos VIH, a menos que yo dé autorización que éstos resultados se den por teléfono.
- Resultados de la prueba rápida del VIH se me proveerán en aproximadamente 20 minutos después de la prueba.
- Se me dará la oportunidad de recibir consejos, para asegurarme que tengo pleno entendimiento de los resultados de esta prueba.
- Recibiré información sobre cómo prevenir la transmisión de este virus.
- Si lo necesito o solicito, se me dará información sobre el cuidado de la salud y servicios de apoyo social.
- Si los resultados son positivos, el Departamento de Salud me pedirá ayuda para encontrar e identificar a las personas que me puedan haber expuesto al virus del VIH, o a las personas que yo haya expuesto al VIH.

INFORME CONFIDENCIAL

YO ENTIENDO QUE:

- La ley del Estado de Tennessee estipula que todos los resultados positivos de VIH sean informados confidencialmente al Departamento de Salud de Tennessee.
- La información de todos los pacientes está clasificada como confidencial, y no podrá ser diseminada fuera de las oficinas del Departamento de Salud sin el formulario "Permiso de Información" que deberá ser autorizado y firmado por el paciente, o por una orden de la corte presentada por un juez en los registros de la corte.

Si no desea que le hagan la prueba del VIH, por favor marque una X en el cuadrado, firme y ponga la fecha en la línea de abajo.

Firma y Fecha

Con mi firma que registro abajo, certifico que he leído o me han sido leídos todos los puntos señalados en la lista de arriba; y que yo solicito al Departamento de Salud que me haga la prueba de anticuerpos VIH.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

En clínicas en donde aplique, deseo obtener los resultados de mi prueba de anticuerpos del VIH por teléfono. Comprendo que si mi prueba es positiva, o si mis resultados indican una necesidad de pruebas adicionales, estoy de acuerdo en regresar al Departamento de Salud, o la oficina del doctor. También, acepto la responsabilidad de asegurar que nadie tiene acceso a mi código numérico o mi código de seguridad.

FIRMA del Paciente

FECHA

FIRMA DEL CONSEJERO

Código de seguridad

PH-3296 (Rev. 09/05)

RDA 150

*La primera prueba rápida positiva del SIDA debe estar confirmada oralmente (Western blot) o serológicamente (por sangre).